

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1933-1934

N°

561

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Michel PERSONNAZ

né le 28 février 1906, à Paris

L'Épididymectomie
par voie inguinale dans la
Tuberculose orchi-épididymaire

Président : M. Ch. LENORMANT, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV^e)

1934

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1933-1934

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)
PRÉSENTÉE PAR

Michel PERSONNAZ

né le 28 février 1906, à Paris

L'Épididymectomie
par voie inguinale dans la
Tuberculose orchi-épididymaire

Président : M. Ch. LENORMANT, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV^e)

—
1934

LE DOYEN : M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BEAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREEOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	CATELLIER.
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'ALLAINES.
Physiologie	CAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.

Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUE.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie expérimentale et comparée	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur).
Ophthalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

Pathologie chirurgicale	MM.
Pharmacologie	ALGLAVE.
Physiologie	BUSQUET.
Anatomie pathologique	CHAILLEY-BERT.
Parasitologie	LEROUX.
Physique	NEVEU-LEMAIRE.
	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

ANNEXE, A TITRE PERMANENT

Clinique médicale	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	AUBERTIN.
Clinique médicale	BRULE.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	HARVIER.
Clinique médicale	LIAN.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	MOURE.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	GUENIOT.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique	MM.
Stomatologie	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique	FREY.
Périculture	LEDoux-LEBARD.
	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153705_0065

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A M. et M^{me} Léopold PERSONNAZ

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

le Docteur G. LASSERRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin de l'Hôpital civil de Bayonne

A MON ONCLE

le Docteur ADRIEN DUTOURNIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CH. LENORMANT

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur **ANDRÉ RICHARD**

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Maritime de Berck

Qui a bien voulu nous aider de ses conseils et nous inspirer le sujet de notre thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur ANDRÉ JOUSSET

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur agrégé à la Faculté

Médecin honoraire de l'Hôpital Laënnec

*Qui n'a cessé, depuis le début de nos
études médicales, de nous fournir des
preuves de son affection.*

*Qu'il veuille bien, en retour, croire à
notre respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

M. le Professeur SERGENT	1925-26
M. le Professeur DUVAL	1926
M. le Professeur OMBRÉDANNE	1926-27

Externat :

M. le Professeur agrégé DESMARET	1928
M. le Professeur agrégé TROISIER	1929
M. le Professeur agrégé JOUSSET	1930
M. le Docteur PAPILLON	1931
M. le Docteur RICHARD	1932
M. le Docteur CHIRIÉ	1933

A M. le Docteur André WÉBER
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Courbevoie

A M. le Docteur Adrien COPPEIRE

A M. le Docteur MÉTIVET
Chirurgien de l'Hôpital d'Ivry

A M. le Docteur GUÉNIOT
Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

A Messieurs les Docteurs
BOUQUIER, DELAHAYE, MOZER
Médecins et Chirurgiens assistants
de l'Hôpital Maritime de Berek

A M. le Docteur Paul GUÉRIN
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*A ceux qui ont bien voulu nous faire profiter de leur
expérience durant le cours de nos études médicales,
et qui sont les plus fidèles des amis :*

Le Docteur Jacques LONGUET
Prosecteur à la Faculté

Le Docteur Marcel MONNEROT-DUMAINE
(Médecin de la Cie de Suez à Ismaïlia)

Le Docteur André ARONDEL

Le Docteur André ALIBERT
Assistant des Hôpitaux

A MES AMIS

Philippe GENTY, Marcel MARTIN, Marcel POURQUIÉ,
Jean ORTHOLAN, Jean GILLOT.

A MES CONFERENCIERS

Les Docteurs CÉLICE, Médecin des Hôpitaux;
MEILLÈRE, Chirurgien des Hôpitaux;
PUECH, DESBUQUOIS, JOURDAN.

INTRODUCTION

Dans ce très modeste travail que notre Maître, le Docteur André RICHARD, a bien voulu guider de ses conseils et encourager de son expérience, et pour lequel le Service de l'Hôpital Maritime de Berck offrait de nombreux et variés sujets d'observation, nous envisagerons rapidement les diverses méthodes proposées le plus communément dans la cure chirurgicale des Epididymites tuberculeuses; point n'est besoin de nous attarder outre mesure en ce point; les règles en ont déjà été posées et appliquées par des auteurs pleins de compétence et d'autorité.

Nous nous permettrons simplement de rappeler la conception du traitement chirurgical des Epididymites tuberculeuses, telle que l'avait, il y a déjà plusieurs années, envisagée le regretté Professeur LECÈNE, telle que le Docteur André RICHARD l'a pratiquée à plusieurs reprises dans son service de l'Hôpital Maritime de Berck, nous efforçant de mettre en valeur les raisons de cette méthode, et établissant les résultats qu'elle a permis d'obtenir.

Notre intention n'est pas de vouloir opposer l'Epididymectomie ainsi que la pratique actuellement le plus

grand nombre des chirurgiens, à l'intervention que nous avons vu réaliser par le Docteur RICHARD.

Nous remarquerons seulement les résultats favorables que cette technique appliquée au traitement chirurgical des Epididymites tuberculeuses, découvertes chez un certain nombre des sujets en traitement à l'Hôpital Maritime de Berck, sans qu'il nous soit permis d'opter de façon délibérée pour l'une ou l'autre méthode.

•

GÉNÉRALITÉS

Il semble que l'on ne puisse vraiment aborder la question du traitement des Epididymites tuberculeuses sans faire justice d'un certain nombre d'erreurs de diagnostic concernant ces mêmes Epididymites tuberculeuses.

La question est souvent délicate et le diagnostic malaisé.

Récemment, REDON, élève de LECÈNE, consacrait une thèse remarquablement intéressante à la discrimination de certaines Epididymites chroniques, que des examens cliniques, après avoir permis d'écarter à coup sûr l'hypothèse de la nature syphilitique ou gonococcique de ces lésions, rangeaient de façon formelle dans le cadre des Epididymites tuberculeuses.

« Or, fait remarquer REDON, l'examen histo-pathologique des pièces opératoires d'Epididymectomie, pratiqué systématiquement dans le laboratoire du Professeur LECÈNE, montre, en effet, que si le diagnostic de tuberculose est exact dans huit des cas sur dix environ, dans les deux autres, il est tout à fait impossible d'incriminer le bacille de Koch. »

C'est, qu'en effet, il existe un certain nombre d'Epididymites chroniques (les Epididymites d'origine syphili-

tique, gonococcique, et les Epididymites des urinaires que l'on voit se déclarer à titre de complications de manœuvres endo-uréthrales, dans des conditions bien spéciales, chez un rétréci ou un prostatique, étant, bien entendu, exclues) dont le caractère non tuberculeux a été formellement démontré dans la suite, grâce à l'appui du laboratoire.

Du nombre, sont les Epididymites chroniques d'origine mycosique, colibacillaire, staphylococcique, et l'auteur envisage même, à la suite des Allemands, les « Epididymites non spécifiques » et les « Epididymites fibreuses » de SCHNIEDEN, en faisant remarquer que de telles lésions ne sauraient s'accommoder d'un traitement chirurgical, mais bien strictement médical.

Par contre, les malades dont il est question dans les observations que nous relatons, et qui ont bénéficié de la méthode opératoire que nous exposons, étaient tous atteints d'Epididymites authentiquement tuberculeuses.

Onze malades sur les quinze qui ont fait l'objet de notre étude, étaient porteurs de lésions ostéo-articulaires ou viscérales dont la nature bacillaire avait été vérifiée et prouvée par les examens cliniques, radiologiques ou bactériologiques.

Dans certains cas même, l'intervention chirurgicale était venue confirmer un diagnostic qui n'était déjà plus douteux, et, dans la suite, une localisation épидидymaire se surajoutait aux lésions préexistantes.

L'un de nos malades avait été conduit à Berk pour y traiter primitivement une adénite cervicale bacillaire, et, ultérieurement, se déclarait une Epididymite qui, rapidement, se fistulisait.

Chez les quatre autres, la lésion épидидymaire appa-

raissait isolée et primitive; sa nature n'était pas douteuse pour autant.

Le contenu du type abcès froid dans certains cas, le résultat du contrôle histo-bactériologique (cultures positives sur milieu de Petrof ou Pettrignani), dans d'autres cas; dans les deux alternatives, l'inoculation au cobaye, rien ne permettait d'accorder place à l'hésitation, quant à la nature bacillaire de la lésion.

Les résultats qu'a obtenus le Docteur RICHARD par la méthode dont il sera traité ultérieurement, ne concernent donc strictement que des Epididymites tuberculeuses.

Peut-être le procédé pourrait-il être utilisé avec fruit à l'égard de toute autre lésion épидидymaire justiciable du traitement chirurgical.

Nous ne saurions conclure et préférons nous en tenir strictement à ce qu'il nous a été permis de constater.

LES EPIDIDYMITES TUBERCULEUSES

du point de vue anatomo-pathologique

Il nous a semblé rationnel, avant que d'entreprendre la description de la technique opératoire utilisée par le Docteur RICHARD, selon les directives qu'avait données le Professeur LECÈNE, et que d'en établir les résultats, de procéder à une étude anatomo-clinique de la tuberculose épидидymaire et d'envisager sommairement les diverses méthodes chirurgicales préconisées pour le traitement de cette affection, nous ralliant à l'opinion de maîtres à l'autorité incontestée quant à l'excellence de l'Épididymectomie au-dessus de toute autre méthode.

Anatomiquement, la tuberculose épидидymaire est, le plus souvent, primitive; c'est, de plus, une tuberculose locale.

La plupart du temps, le testicule est indemne; dans certains cas, toutefois, l'on peut constater l'existence de lésions frappant cet organe: lésions de contiguïté et dues au voisinage de l'épididyme touché. Dans la règle, d'ailleurs, l'Épididymectomie préserve le testicule.

Les lésions frappent souvent les deux épididymes ; le plus grand nombre de nos observations en font foi.

De plus, l'atteinte de l'épididyme ne reste pas isolée ; on note souvent une participation de la part de la prostate, des vésicules séminales, du déférent, des canaux éjaculateurs.

La plupart des malades dont nous rapportons ici l'observation, faisaient les frais, outre l'atteinte épididymaire, d'un autre foyer tuberculeux, hanche, rachis, ganglions cervicaux ; nous avons déjà noté cette particularité. Quant au mode de propagation de la tuberculose épididymaire, il est encore incertain : théorie ascendante pour les uns, d'après lesquels le foyer épididymaire serait le premier en date ; théorie descendante pour d'autres qui considèrent la prostate comme foyer initial ; quoiqu'il en soit, la clinique, pas plus que l'anatomie pathologique, ne permettent de résoudre ce problème d'une façon certaine.

Qu'il suffise de remarquer avec TAMBAREAU que si « l'atteinte primitive et isolée de la prostate et des vésicules séminales est rare, la tuberculose épididymaire peut exister en dehors de toute atteinte prostatovésiculaire. Quand celle-ci coexiste, il est fréquent de la voir s'atténuer et disparaître après épididymectomie. »

LES EPIDIDYMITES TUBERCULEUSES

du point de vue clinique

Cliniquement, l'Epididymite tuberculeuse se révèle souvent comme une découverte, résultat d'un examen méthodique et systématique. Parfois, cependant, le malade a constaté lui-même l'augmentation de volume anormale d'une de ses bourses; rarement, il aura été amené à consulter pour des troubles urinaires.

A l'examen physique, le scrotum est normal, d'apparence souple; une bourse augmentée de volume.

La vaginale souvent infiltrée d'une certaine quantité de liquide.

Le testicule, le plus souvent, est normal; cependant, parfois, la palpation permet de déceler une perte de souplesse.

Mais, la notion d'importance est fournie par le palper de l'Epididyme. Cet examen doit être pratiqué avec grand soin. « Le testicule est fixé par la main gauche qui l'attire en bas; l'index droit s'encapuchonne de la peau pénienne et va à la recherche de la tête de l'épididyme qui sera pincé entre le pouce et lui » (CHEVASSU). On perçoit ainsi la lésion épididymaire sous la forme

d'un noyau siégeant à la queue de l'organe, empâtant l'anse épидидymo-déférentielle. C'est une nodosité dure, régulière, souvent bien limitée.

Le canal déférent sera palpé sur son trajet scrotal et funiculaire; parfois, il apparaît normal, mais souvent, déjà, il est augmenté de volume et infiltré. On pratique un toucher rectal qui révèle la prostate augmentée de volume dans bien des cas, et présentant parfois une nodosité de siège médian, qui répond à l'ampoule du déférent et au canal éjaculateur.

Les vésicules séminales semblent le plus souvent normales.

L'examen du malade doit être complété par l'analyse des urines, la recherche d'une lésion coexistante de l'arbre urinaire (vessie-reins) qui est malheureusement loin d'être exceptionnelle.

Enfin, il est de bonne règle clinique de terminer toujours par un examen de l'appareil pulmonaire, afin de dresser le plus exactement possible le bilan de l'état du malade.

Malheureusement, et c'est le cas pour le plus grand nombre des malades dont il sera question ultérieurement, l'on est souvent en présence d'une Epididymite tuberculeuse à un stade plus avancé; l'abcès a fusé au dehors par une fistule. Il faut d'ailleurs reconnaître que celle-ci est parfois d'apparition précoce.

Peu à peu, en effet, les noyaux épидидymaires ramollis, adhèrent à la peau scrotale, en arrière. Le scrotum rougit, s'ulcère : la fistule est constituée. C'est une fistule tuberculeuse avec tous ses caractères : bords déchiquetés, décollés, fond sanieux, écoulement ou, au minimum, suintement séro-grumeleux.

Il est rare que l'infection secondaire ne survienne. Les

ganglions inguinaux se tuméfient; parfois même, d'autres fistules se font jour, dénudant ainsi l'ensemble du bloc épидидymo testiculaire.

Néanmoins, l'Epидидymite tuberculeuse peut revêtir des aspects cliniques un peu différents de celui que nous avons tenté de décrire.

Alors que la localisation à la queue de l'Epидидyme de la lésion tuberculeuse est le plus fréquemment observée, on ne saurait pour autant, méconnaître les cas dans lesquels le noyau siège à la tête de l'organe.

Citons les formes à noyaux multiples.

Enfin, un certain nombre des observations que nous rapportons concernent des sujets qui ont présenté successivement, ou simultanément, une atteinte des deux Epидидymes, ayant nécessité deux interventions à quelques mois d'intervalle.

Nous ne saurions, par ailleurs, méconnaître certaines formes d'Epидидymites tuberculeuses caractérisées par la lésion d'un seul épидидyme, alors que les deux vésicules séminales et la prostate dans leur ensemble, sont atteintes par le processus morbide.

Signalons encore certaines Epидидymites se traduisant par des troubles urinaires, alors même que l'examen le plus minutieux ne permet de déceler aucune atteinte rénale ou vésicale.

LES DIVERSES MÉTHODES ENVISAGÉES

· dans le traitement des Epididymites tuberculeuses, hormis l'Epididymectomie

Nous allons envisager maintenant le traitement chirurgical des Epididymites tuberculeuses.

Le traitement médical ne faisant pas l'objet de notre étude, nous ne nous y attarderons guère, si ce n'est, toutefois, pour refuser d'admettre l'opinion du Professeur Carlo GAMBERINI, de Bologne, qui considère que « le traitement médical, seul, est capable d'apporter la guérison dans le plus grand nombre des cas et à quelque moment que ce soit de l'observation anatomo-pathologique du processus. » Une telle donnée nous semble, en effet, inacceptable.

Qu'il nous suffise de reconnaître que sont justiciables d'une telle thérapeutique, les lésions tuberculeuses génitales isolées et discrètes, à condition, bien entendu, que le malade puisse supporter les frais d'une période prolongée de repos et de soins.

Cependant, il serait injuste de méconnaître l'adjuvant précieux que constituent, pour l'œuvre chirurgicale, héliothérapie et agents physiques ou chimiques.

La castration

Des diverses méthodes chirurgicales utilisées dans la cure de l'Epididymite tuberculeuse, la castration fut longtemps en honneur.

Cette intervention semble actuellement trop radicale, et dépasse beaucoup trop largement son but ; elle encourt de nos jours une disgrâce méritée.

Le Professeur LECÈNE ne la réservait-il pas « aux formes aiguës ou massives de tuberculose épididymo-testiculaire, ainsi qu'aux formes multifistuleuses avec abcès scrotaux ». Cette indication elle-même semble trop vaste.

Les formes aiguës paraissent devoir y échapper : en effet, elles n'impliquent pas forcément une atteinte testiculaire ; en outre, intervenir en pareil moment fait courir au sujet le risque d'une généralisation tuberculeuse, alors que, le calme étant revenu, l'Epididymectomie peut être, à très juste titre, envisagée.

Les formes multifistuleuses ne doivent pas davantage impliquer la castration de façon systématique, mais, à l'instar des formes aiguës plus haut envisagées, sont pleinement justiciables de l'Epididymectomie.

Seules les Epididymites tuberculeuses massives semblent mériter la castration, « cette intervention permettant de découvrir le testicule entièrement envahi et formant une seule et même pièce avec l'Epididyme » (TAMBAREAU).

Il faut donc se montrer circonspect à l'égard d'un tel procédé, dont le mode évolutif des lésions pas plus que leur aspect clinique ne sauraient permettre de porter

l'indication. Telle intervention ne peut être envisagée que la pièce en mains.

On doit la considérer comme un pis-aller, comme un procédé auquel on ne s'adresse qu'en désespoir de cause ; elle donne lieu, en effet, à des inconvénients dont on ne saurait méconnaître l'importance, et ses résultats ne sont pas supérieurs à ceux de l'Epididymectomie.

A un autre titre encore, il convient, dans la mesure du possible, d'éviter la castration : « même avec des lésions importantes suppurées, le testicule est souvent indemne et l'on se félicitera d'avoir conservé un testicule encore sain d'un côté, si dans l'évolution ultérieure le testicule opposé vient à se prendre irrémédiablement ». (TAM-BAREAU).

Les raisons que DELBET fait valoir en faveur de la conservation du testicule sont du même ordre : après suppression de l'Epididyme, « le testicule étant laissé en place n'a plus de voie d'excrétion, ne joue plus de rôle au point de vue de la spermogénèse », mais ce n'est pas un organe inutile. VERNEUIL avait donné à ce testicule laissé dans les bourses le nom de « testicule moral ». En réalité, si ce testicule ne peut plus servir à la fécondation, il sert parfaitement à la puissance. C'est pourquoi il est important de le conserver.

La glande interstitielle reste, et c'est elle qui entretient les caractères sexuels secondaires et assure la puissance » (DELBET).

Déchéance virile et perte des caractères sexuels secondaires, tels sont les inconvénients non négligeables. on le voit, dont se paie la castration. On conçoit donc qu'une telle mesure ne puisse être envisagée que dans les cas d'espèce.

Les interventions dites « radicales » et les interventions « palliatives »

D'autres interventions ont encore été proposées. Elles n'obtiennent pas les résultats que l'on était en droit d'en attendre.

Telles sont les interventions dites « radicales », qui suppriment non seulement l'épididyme, mais encore le déférent, la prostate et les vésicules séminales.

Cette intervention utilisait une voie d'abord inguino-iliaque, inguino-scrotale et périnéale.

Elle fut, dans la suite, délaissée : c'était, en effet, une intervention hardie, malaisée, comportant des phénomènes de schock appréciables. Par ailleurs, intervention décevante par les fistules profondes qu'elle laissait après elle, le plus souvent.

En somme, procédé qui ne fournissait pas de meilleurs résultats que l'Epididymectomie, tout en exposant à des inconvénients infiniment plus sérieux

Nous ne ferons que citer ici les interventions « conservatrices », telles que curetage, incisions ; ce sont, en effet, des interventions qui entrent plus volontiers dans le cadre des procédés palliatifs que curatifs, dans certains cas, véritables opérations de « propreté » chez de grands malades incapables de supporter le schock inhérent à toute intervention digne de ce nom.

VI

L'EPIDIDYMECTOMIE

telle qu'elle est pratiquée de façon usuelle

Nous en arrivons maintenant à l'Epididymectomie, traitement chirurgical de choix de l'Epididymite tuberculeuse.

Nous allons l'envisager tout d'abord, telle qu'elle est pratiquée de façon habituelle; il convient de remarquer, en ce qui concerne l'épididymectomie comme nous l'avons vu pratiquer par le docteur RICHARD, selon la technique que nous allons exposer, que les indications sont les mêmes que celles de l'Epididymectomie couramment effectuée; seul le procédé diffère.

« L'indication majeure de l'Epididymectomie est la tuberculose génitale de l'homme » (LENORMANT).

Si ce principe est exact, il n'en demeure pas moins vrai qu'il convient de préciser certains points en dehors desquels cette intervention ne saurait trouver son application absolue.

Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à la thèse de TAMBAREAU les indications de l'*Epididymectomie*, dans leur détail.

De cette intervention, sont justiciables :

« Les lésions épидидymaires unilatérales non suppurrées sans atteinte de la prostate, des vésicules et sans autre localisation tuberculeuse cliniquement appréciable.

« Les lésions épидидymaires unilatérales et suppurrées, même si cette suppuration date d'assez longtemps, même si des fistules se sont ouvertes, l'épididymectomie reste longtemps possible. Cette intervention permet d'apprécier le testicule macroscopiquement indemne.

« Les lésions épидидymaires unilatérales s'accompagnant d'atteinte prostatovésiculaire du même côté; les lésions prostatiques, à moins qu'elles ne soient très avancées, régressent après intervention.

« Les lésions épидидymaires unilatérales accompagnées de lésions testiculaires, celles-ci, le plus souvent, régressent après l'Epididymectomie.

« Si la lésion testiculaire est telle que l'Epididymectomie est insuffisante, et qu'il faille faire une castration, il convient de faire une Epididymectomie du côté sain, afin de sauvegarder l'intégrité du testicule restant.

« Les lésions épидидymaires primitivement ou secondairement bilatérales impliquent une Epididymectomie bilatérale.

« En cas de lésions épидидymaires unilatérales, s'accompagnant de lésions vésiculoprostatiques bilatérales, faire une Epididymectomie double, d'emblée, car l'autre épидидyme est vouée à une atteinte. »

Quant aux contre-indications de l'Epididymectomie, elles relèvent soit de causes générales : déficience de l'état général, existence de lésions pulmonaires, même peu avancées, soit de causes locales telles que l'existence d'une grosse lésion testiculaire.

Technique

« 1^{er} TEMPS : *Incision du scrotum et de la vaginale, extériorisation du testicule.*

De la main gauche, on empaume le scrotum à sa racine et l'on refoule en avant le testicule. Sur la saillie du bord antérieur de cet organe, on incise couche par couche les diverses enveloppes jusqu'à la vaginale. Lorsqu'on veut extirper avec l'épididyme un segment étendu du canal déférent, il faut prolonger l'incision en haut jusqu'à la région inguinale et ouvrir le canal inguinal que l'on reconstituera comme dans une cure radicale de hernie, à la fin de l'intervention.

La vaginale elle-même est incisée dans toute l'étendue de l'incision cutanée. Au cas de tuberculose génitale, elle renferme habituellement une quantité variable, le plus souvent modérée, de liquide séreux que l'on évacue. D'autres fois, il existe une symphyse totale ou partielle de la séreuse. Il faut détruire ces adhérences de façon à pouvoir extérioriser complètement le testicule en retournant la vaginale.

2^e TEMPS : *Libération du corps de l'Epididyme.*

A la face externe de la glande, le long de son bord postéro-supérieur, l'on reconnaît facilement l'épididyme. Au-dessus de lui, on incise le feuillet pariétal de la vaginale d'un coup de pointe léger, car il faut ménager le pédicule vasculaire sous-jacent.

Puis, avec un instrument mousse, on décolle la partie moyenne (corps de l'Epididyme), en ménageant soigneusement les vaisseaux qui passent en dedans de lui pour aborder le hile testiculaire. Bientôt, le bec de l'instru-

ment vient faire saillie dans le cul de sac sous-épididymaire, au niveau duquel on incise la séreuse, le long du bord inférieur de l'Épididyme. L'organe ne tient plus au testicule que par les deux extrémités, tête et queue.

3^e TEMPS : *Libération de la tête de l'Épididyme.*

C'est à ce niveau, seulement, qu'existent des connexions intimes entre testicule et épидидyme, connexions qu'il faut détacher au bistouri ou au ciseau, et c'est aussi à ce niveau que l'épididyme est abordé par l'artère épидидymaire qu'il faut pincer et lier.

4^e TEMPS : *Libération de la queue de l'Épididyme et section du déférent.*

Rabattant alors l'épididyme en bas et en arrière, on achève de le détacher du testicule en sectionnant les adhérences qui unissent sa queue au pôle inférieur de la glande. C'est là que les lésions tuberculeuses sont le plus avancées et il n'est pas rare, à un moment de l'intervention, d'ouvrir un abcès épидидymo-testiculaire ; les parois de cet abcès, s'il existe, seront curettées soigneusement et cautérisées.

Au delà de la queue de l'Épididyme, on poursuit de bas en haut la dissection toujours facile du canal déférent, jusqu'au point où l'on estime devoir le sectionner. Cette section se fait au thermo-cautère, après ligature préalable.

5^e TEMPS : *Fermeture de la plaie.*

L'albuginée, le plus souvent intéressée, au moins au niveau du pôle supérieur de la glande, sera refermée par

des points de catgut très fin. Le testicule est alors remis en place, la vaginale suturée par un surjet de catgut et la peau par des points de soie ou des crins de Florence.

Sauf le cas des gros abcès qu'il faut tamponner après curettage, le drainage est inutile (LENORMANT).

Comme on le voit, l'Epididymectomie réalise l'avantage « de s'attaquer au foyer initial et principal des lésions; elle entraîne la régression des lésions associées (prostato-vasculaires ou testiculaires) déjà existantes, au même titre qu'une néphrectomie pour tuberculose rénale fait régresser les lésions vésicales.

Elle s'impose comme opération de choix, même dans les cas de tuberculose suppurée, fistulisée, associée.

Les résultats immédiats en sont bons; les complications peu fréquentes; cette intervention n'expose pas à la généralisation tuberculeuse.

A distance, son influence nette sur les lésions prostato- vésiculaires est incontestable » (TAMBAREAU).

Telles sont les raisons pour lesquelles l'Epididymectomie demeure le procédé idéal dans le traitement chirurgical des Epididymites tuberculeuses.

On ne saurait toutefois passer complètement sous silence les incidents post-opératoires qu'il a été possible de relever, en raison du très grand nombre d'interventions pratiquées selon ce mode.

L'Hématome post-opératoire est un inconvénient dont on ne saurait nier la fréquence; il est, sans doute, le plus souvent destiné à disparaître sans amener de complications, dans un bref délai.

On ne saurait toutefois méconnaître le nombre de cas, restreint sans doute, mais pas moins réel pour autant, dans lesquels, à la suite de l'hématome, s'est installée une longue et inquiétante suppuration.

Le sphacèle partiel ou total du testicule. C'est un accident que l'on est amené assez rarement à constater. On l'a cependant observé comme conséquence de certaines Epididymectomies malaisées, lorsqu'on a été amené à léser l'artère spermatique au cours d'une trop laborieuse dissection du déférent et de l'Epididyme.

Pour rare que soit cette complication, on ne saurait trop insister sur l'énorme inconvénient qu'elle comporte, en raison de la déficience endocrinienne à laquelle elle peut donner lieu.

La fistulisation post-opératoire est, sans contestation, fréquente; mais, outre que c'est là une complication que nul procédé ne permet d'éviter, elle est loin de réaliser un épisode dangereux; on en trouve la cause dans l'existence du moignon déférentiel infecté. On peut la voir survenir, d'ailleurs, indifféremment, à la suite d'interventions sur une Epididymite tuberculeuse suppurée et fistulisée, ou même non suppurée.

Enfin, mentionnons encore, à titre de curiosité, en raison du nombre extrêmement restreint de cas dans lesquels elle a pu être observée, la hernie post-opératoire du testicule : complication à laquelle on ne saurait attacher d'importance en raison de sa rareté.

VII

L'EPIDIDYMECTOMIE

selon les règles qu'avait données
le Professeur Lecène

Nous allons envisager maintenant l'Epididymectomie telle que nous avons eu l'occasion de la voir exécuter à l'Hôpital Maritime de Berck par notre maître, le Docteur André RICHARD, selon la technique qu'utilisait couramment, à peu de choses près, le Professeur LECÈNE.

En ce qui concerne les indications de l'Epididymectomie effectuée dans ces conditions, elles ne diffèrent pas de celles que nous avons exposées plus haut (1).

L'on a toujours attendu que la poussée épididymotesticulaire ait dépassé la période d'activité (fièvre, tuméfaction locale avec rougeur des téguments, prise en masse de l'Epididyme et du testicule).

L'on a également évité d'opérer les malades qui, atteints d'autres lésions, étaient en poussée évolutive. Une seule fois, le Docteur RICHARD a dû pratiquer une castration chez un malade atteint d'autres lésions multiples

(1) Mentionnons toutefois que nous n'avons jamais vu le D^r Richard pratiquer une Epididymectomie double au cours de la même séance opératoire.

et dont Epididyme et testicule ne formaient plus qu'un vaste abcès froid.

Technique

Anesthésie

Sauf les enfants, la presque totalité des malades que nous avons eu l'occasion de voir opérer par le Docteur RICHARD subirent l'anesthésie rachidienne.

A cela, quelques exceptions, car il est arrivé au Docteur RICHARD d'opérer dans la même séance un mal de Pott et une Epididymite tuberculeuse chez le même sujet.

L'anesthésie locale, théoriquement réalisable, paraît peu recommandable dans cette intervention, à cause de l'étendue des régions à insensibiliser et du voisinage fréquent des fistules infectées.

Instrumentation

Il est possible que le bistouri électrique soit l'instrument idéal dans quelques cas particuliers. Jusque-là, nous n'avons jamais vu en faire usage pour telle intervention.

Nous avons eu l'occasion de voir le Docteur RICHARD utiliser en telle occurrence le galvano-cautère qui constitue l'instrument de choix, où le thermo-cautère, mais ce dernier seulement en cas de force majeure.

Qu'il y ait ou non fistule scrotale, l'incision sera pratiquée au niveau du canal inguinal, comme pour une hernie; elle intéressera les plans superficiels et l'aponévrose du grand oblique.

A ceci, trois avantages :

1^o L'incision faite en tissu sain et non pas plus ou moins infiltré comme le scrotum, permettra une suture avec réunion primitive, sans surprises.

2^o On pourra examiner l'épididyme et le testicule à l'aise et suivre le déférent pour le couper aussi haut que les lésions l'exigeront.

3^o On évitera à coup sûr l'hématome des bourses, milieu de culture très propice et, par conséquent, sujet de complications. Une autre raison d'éviter cet écueil sera l'utilisation du thermo ou galvano-cautère, voire du bistouri électrique, qui fait l'hémostase des vaisseaux au fur et à mesure qu'ils sont sectionnés.

Une fois le cordon libéré, le testicule est luxé hors de la plaie; il est facile avec un instrument mousse ou une compresse de faire glisser les plans superficiels sur testicule et épидидyme revêtus de leur vaginale.

Au voisinage de la fistule, on sera parfois obligé de se servir de ciseaux courbes; pour la fistule elle-même, celle-ci sera réséquée à la lame portée au rouge et soit fermée par un point, soit laissée à une cicatrisation secondaire.

Tenant alors le testicule de la main gauche, on ouvre le feuillet pariétal de la vaginale, on attaque au métal rougi tenu de la main droite, le sillon épидидymo-testiculaire par sa face externe au voisinage de la tête de l'Épididyme; celle-ci est détachée.

Il arrive fréquemment qu'un petit abcès pénètre dans la partie postéro-supérieure de l'albuginée; elle est réséquée en masse, en tissus sains, avec le couteau rougi; quand on a ainsi libéré tout le bord antéro-inférieur de

l'Epididyme, il va falloir libérer sa face interne en commençant par la tête; c'est alors le temps important : on sectionne chemin faisant l'artère épидидymaire et quelques veines, on prend soin de rester dans le plan de clivage entre les éléments vasculaires, à la face interne de l'Epididyme, ne sectionnant aucune des branches qui se rendent au testicule. Soulevant en masse l'Epididyme ainsi libéré, et le déférent, on sectionne ce dernier nettement en tissu sain. Si l'albuginée a été intéressée, on la suture par quelques points de catgut fin, puis, après avoir réséqué la majorité de la vaginale, qui, en règle absolue, contient un peu de liquide, on suture ce qui en reste par un surjet au-dessus du hile du testicule et autour du cordon vasculaire; le testicule est alors repoussé dans les bourses; les plans superficiels et aponévrotiques sont suturés séparément.

L'intervention est ainsi toujours menée de bout en bout sans qu'aucune ligature n'ait été nécessaire.

VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Robert J..., 19 ans, est admis à l'Hôpital maritime de Berck en juin 1930.

Depuis 16 mois, il est atteint d'une épididymite droite et, plus récemment, d'une localisation gauche : Epididymes pris en totalité; prostate et vésicules séminales normales.

En décembre 1930, l'abcès épididymaire gauche se fistulise.

En février 1931, l'état général s'avère meilleur. Urée sanguine 0,31.

On décide d'intervenir du côté gauche, car du côté droit, les lésions sont plus discrètes et ont régressé.

Intervention chirurgicale 17 février 1931 (D^r RICHARD).

Compte rendu opératoire :

Incision inguinale gauche.

On libère et attire en dehors le testicule en réséquant la fistule cutanée.

On enlève au thermo-cautère les dix derniers centimètres de déférent et l'Epididyme, en respectant le pédicule du pôle supérieur du testicule.

Hémostase complétée par igniponction.

Remise en place du testicule.

Catgut sur les plans profonds.

Agrafes à la peau.

Suites opératoires.

Examen de mai 1931 : Très bon état général.

Une fistule scrotale n'est pas entièrement cicatrisée.

Septembre 1931 : Guérison parfaite du testicule gauche avec fistule tarie. Beau testicule de consistance normale. Le malade, en excellent état, regagne ses foyers, l'intervention du côté droit devant être ultérieurement pratiquée à Paris.

OBSERVATION II

Robert T..., âgé de 30 ans, est admis à l'Hôpital maritime de Berck en janvier 1931, pour adénite cervicale tuberculeuse et épидidymite droite fistulisée.

Il est, de plus, porteur d'une lésion génitale gauche plus récente, ayant débuté en mai 1930.

L'examen révèle, de ce côté, un volumineux testicule, une vaginale infiltrée, un scrotum distendu et douloureux.

En mai 1931, à droite : petit noyau de la queue de l'épididyme.

Cicatrices d'une fistule à siège postéro-inférieur actuellement tarie.

La vésicule séminale de ce côté est un peu augmentée de volume et de consistance légèrement indurée.

Cordon normal.

A gauche : Existence d'un gros noyau englobant l'épididyme dans sa totalité.

On découvre quatre fistules à siège postéro-latéral, occupant toute la hauteur du testicule, et de faible activité.

Le déférent de ce côté est infiltré et augmenté de volume.

Intervention chirurgicale le 22 février 1932 (D^r RICHARD).

Compte rendu opératoire :

Incision inguinale gauche.

On libère le cordon et le testicule fixé à une petite fistule scrotale.

Les lésions strictement limitées au 1/3 supérieur de l'Épididyme

envahissent par 2 petits abcès caséux le pôle inférieur du testicule.

Le canal déférent est lésé sur le 1/3 inférieur.

On le libère et le sectionne.

On pratique l'Epididymectomie de la moitié inférieure de l'Epididyme et des 2 foyers testiculaires.

Quelques points sur l'albuginée.

Remise en place du testicule.

Agrafes à la peau.

Suites opératoires.

Examen de mars 1932 : Excellent résultat de l'intervention.

Examen de mai 1932 permet de constater que le testicule gauche est parfaitement vivant, un peu plus petit que du côté droit, surmonté d'une petite cicatrice un peu indurée.

La prostate est normale. Excellent état local.

Etat général satisfaisant.

OBSERVATION III

René B..., 33 ans.

Admis à l'Hôpital maritime de Berck en août 1927 pour coxalgie droite et trochantérite gauche avec abcès.

Au début d'avril 1930, épидидymite gauche et abcès qui, ponctionné quelques jours plus tard, donne issue à 10 c. c. de pus tuberculeux.

En septembre 1930, l'abcès est tari.

Examen de février 1931 : révèle l'envahissement de l'Epididyme gauche qui est aussi volumineux que le testicule lui-même. Il existe une petite fistule antérieure suintant légèrement.

Le toucher rectal permet de percevoir la vésicule séminale gauche très infiltrée, avec un petit noyau en dehors du canal éjaculateur.

Le déférent est perceptible, mais ne paraît ni volumineux, ni induré.

Examen du 15 mai 1931 : révèle l'Epididyme gauche volumineux, dur, nodulaire, le testicule paraît sain.

Le *toucher rectal* permet de percevoir la vésicule séminale gauche.

Le déférent gauche est très dur.

La prostate paraît intacte.

Intervention chirurgicale : 21 mai 1931 (D^r RICHARD).

Incision inguinale.

Epididymectomie au thermo-cautère.

Agrafes à la peau.

Deux points suffisent à fermer la fistule scrotale.

Suites opératoires :

Examen du 8 décembre 1931 : Cicatrisation parfaite.

Testicule et cordon un peu moins souples que du côté opposé.

En février 1932 : guérison parfaite.

Testicule normal.

Le sujet quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

François M..., 31 ans.

Entre à l'Hôpital maritime de Berck le 28 avril 1928 pour ostéo-arthrite métacarpo-phalangienne-ostéite d'un orteil et ostéite fistulisée du cubitus. A déjà subi à Paris une castration gauche.

Examen du 28 avril 1928 :

Découverte d'une tuberculose rénale droite.

Cordon encore induré.

Prostate grosse et dure.

Vésicules séminales injectées.

Petit abcès résiduel à siège sous-cutané scrotal gauche qui se fistulise et ne sera complètement tari qu'en août 1929.

Examen du 26 décembre 1930 : Permet de découvrir une lésion localisée sur l'Epididyme droit. Le testicule est intact, mais inversé.

Examen du 9 mai 1931 : Gros épидидyme, dur, indolore, qui déborde largement le testicule.

Les lésions progressent rapidement et l'*examen du 25 septembre 1931* ayant révélé un énorme Epididyme, tandis que testicule, vésicules séminales, prostate, demeurent sains, le traitement chirurgical est envisagé.

Intervention est pratiquée le 15 octobre 1931 (D^r RICHARD).

Compte rendu opératoire :

Incision inguinale suivant la ligne de l'Épine iliaque antéro-supérieure, *épine* du pubis. — Testicule sain, mais lame d'hydrocèle infiltrant la vaginale. Epididyme de consistance caséeuse.

Dissection au thermo-cautère de la tête de l'Epididyme en ménageant les vaisseaux, puis dissection du corps et de la queue de l'Epididyme.

La vaginale est ensuite suturée afin de recouvrir la zone excisée.

Fermeture au catgut, aponévrose et grand oblique.

Agrafes sur la peau.

Suites opératoires :

Examen du 10 novembre 1931 : Excellent état de la cicatrice. Testicule encore volumineux, non douloureux malgré une grosse augmentation de volume, et entièrement souple.

Examen du 8 juin 1932 : Résultat parfait. Pas de fistule. Testicule normal.

Nous avons appris le *décès* du sujet, survenu en août 1932, à la suite d'une crise d'urémie.

OBSERVATION V

Gilbert C..., âgé de 8 ans, est admis à l'Hôpital maritime en janvier 1929, pour un mal de Pott dorsal.

En août 1931, se déclare une Epididymite gauche.

Augmentation de volume du testicule gauche. On décide d'intervenir chirurgicalement.

Intervention chirurgicale le 22 octobre 1931 (D^r RICHARD).

Compte rendu opératoire :

Incision de la paroi inguinale.

Luxation du testicule.

On enlève un gros noyau tuberculeux et de consistance caséeuse, qui occupait la queue de l'Epididyme.

On garde les deux tiers antérieurs de l'Epididyme et l'on respecte les testicules, qui sont sains.

Les vaisseaux sont entièrement ménagés.

Fermeture, sans drainage de la plaie inguinale.

Agrafes à la peau.

Suites opératoires :

Examen de *décembre 1931* : Permet de constater l'excellent état local. Cicatrisation parfaite.

Examen de juillet 1932 : Testicule de volume normal, parfaitement souple, absolument indolore.

OBSERVATION VI

Robert C..., âgé de 7 ans, est admis à l'Hôpital maritime de Berck en juillet 1931 pour Epididymite tuberculeuse gauche.

L'examen pratiqué au moment de l'arrivée à l'Hôpital du jeune malade permet de constater que :

L'Epididyme est pris dans sa totalité;

Le cordon est infiltré;

Le testicule, par ailleurs, semble intact.

Quelques jours plus tard, le 5^e août 1931 : Fistulisation de l'abcès épididymaire.

Intervention chirurgicale le 12 novembre 1931 (D^r RICHARD).

Compte rendu opératoire :

Incision inguinale gauche.

On libère, à la compresse, les éléments du cordon.

Le testicule est luxé, attiré dans la plaie inguinale.

On le libère, aux ciseaux, des adhérences à l'ancienne fistule scrotale qui n'est pas ouverte.

On dégage et l'on sectionne, au thermo, le déférent à 3 cm. environ au-dessus de l'anse.

On libère au thermo-cautère la partie basse du déférent, l'anse et la totalité de l'Epididyme.

Suture, au catgut fin, de l'albuginée.

On replace le testicule dans le scrotum.

Catgut sur l'aponévrose et le plan sous-cutané.

Agrafes à la peau.

Suites opératoires :

Excellent résultat de l'intervention.

Examen du 20 janvier 1932 :

Cicatrice parfaite.

Testicule normal, souple, indolore.

Le sujet quitte l'Hôpital maritime en excellent état, le 15 avril 1932.

OBSERVATION VII

Jacques L..., 11 ans, admis le 16 mars 1932 à l'Hôpital maritime de Berck, pour coxalgie gauche.

L'examen du 3 avril 1932 permet de découvrir 2 fistules scrotales.

A droite : disparition du testicule, attiré par le cordon. Le déférent est induré.

Au niveau de la vésicule séminale, une masse dure, de la dimension d'une cerise.

A gauche : Testicule sain.

Enorme Epididyme prolongé par un noyau au niveau de la queue et une troisième masse qui n'est autre que l'origine du déférent.

Vésicule séminale légèrement indurée.

Le *Toucher rectal* révèle à droite : une grosse masse dure, douloureuse.

Intervention chirurgicale 12 juin 1932 (D^r RICHARD).

Incision inguinale gauche. Libération du cordon. On attire le testicule au dehors, après section du gubernaculum entre deux ligatures. On isole le déférent, puis on libère au thermo l'Epididyme. L'hémostase est faite au thermo-cautère et on referme la vaginale par quelques points de catgut.

Points séparés sur le grand oblique. Agrafes à la peau.

Suites opératoires.

Examen du 5 août 1932 : Testicule normal, parfaitement souple.

Examen du 30 janvier 1933 : Testicule gauche en parfait état, souple, indolent. Lésions cicatricielles au niveau de la partie supérieure du testicule. Cicatrice cutanée en parfait état.

Le *Toucher Rectal* décèle la persistance d'une petite masse dure, douloureuse, filiforme, à droite.

OBSERVATION VIII

Lucien G..., 21 ans. Admis à l'Hôpital maritime de Berck, le 15 juin 1932.

Epididymite bilatérale, le début remonte à novembre 1930 pour l'Epididyme droit. Quelques mois plus tard, à gauche.

Fistulisation de l'abcès épидидymaire gauche en mai 1931.

Fistulisation de l'abcès épидидymaire droit en décembre 1931.

La fistule gauche se tarit en mai 1932, alors que la fistule droite persiste.

Examen du 19 juin 1932 : Bon état général.

Epididyme droit augmenté de volume, sans participation testiculaire. Petite fistule au niveau de la partie inférieure de la bourse. Déférérent non infiltré.

Epididyme gauche moins volumineux. Sans participation testiculaire. On relève la cicatrice d'une fistule actuellement tarie. Déférérent non induré.

Au *Toucher Rectal* : vésicule séminale droite injectée, saine à gauche.

Dans les mois qui suivent, les lésions de l'Epididyme gauche régressent, mais à droite, gros abcès avec fistule coulant abondamment. Intégrité du déférent. Intégrité du testicule.

Intervention chirurgicale, 28 juillet 1932 (D^r RICHARD).

Incision inguinale. Résection au thermo de l'Epididyme droit dans ses 2/3 supérieur. La queue de l'Epididyme est saine. On recouvre la zone supérieure scarifiée du testicule par quelques points de catgut. Agrafes à la peau.

Suites opératoires.

Examen du 21 octobre 1932 : Deux fistules scrotales persistent. Un petit abcès au niveau de la partie inférieure de la cicatrice, qui incisé, donne issue à quelques centimètres cubes de pus verdâtre.

Examen du 25 novembre 1932 : A droite, fistule en voie d'amélioration. A gauche, testicule très induré.

Examen du 15 janvier 1933 : Fistules taries. Excellent état.

Le malade quitte l'hôpital le 20 août 1932, en excellent état local et général.

OBSERVATION IX

Louis M..., 32 ans, admis à l'Hôpital maritime de Berck, le 15 juillet 1932, pour une coxalgie droite.

Il est, en outre, porteur d'une Orchi-Epididymite droite qui a débuté en mai 1930, s'est fistulisée en août 1930, et fut l'occasion d'une intervention chirurgicale (curettage) à Necker en septembre 1930.

Examen du 20 juillet 1932 :

Persistance d'une fistule de minimes dimensions, siégeant à la partie supérieure de la cicatrice.

Le *Toucher rectal* ne révèle rien d'anormal quant à la prostate ou aux vésicules séminales.

Le déférent ne paraît pas induré.

Intervention chirurgicale, 9 août 1932 (D^r RICHARD).

Epididymectomie à droite par le procédé décrit.

Suites opératoires.

Examen du 10 novembre 1932 :

Suites très favorables de l'Epididymectomie.

Cicatrisation complète.

Examen du 23 janvier 1933 :

On perçoit, à droite, un testicule sain ; il est indolore, au-dessus de lui, l'on perçoit un cordon fibreux constitué par les résidus de vaginale suturés le long du bord supérieur du testicule.

OBSERVATION X

François Ch..., 33 ans. Admis à l'Hôpital maritime de Berck, en mars 1932. Il a présenté un mal de Pott dorsal greffé à Berck (juillet 1928).

Examen du 11 avril 1932 : L'Epididyme gauche est pris dans son ensemble. La queue de l'Epididyme est grosse, le déférent augmenté de volume, mais peu induré.

Le *Toucher rectal* décèle la prostate un peu grosse.

Les vésicules séminales semblent intactes.

En mai 1932, survient une fistule de l'Epididyme gauche, à siège inférieur.

Examen de juillet 1932 :

Testicule de consistance normale.

Epididyme infiltré ; ligne de démarcation entre testicule et Epididyme, peu nette au niveau de la tête et de la queue de l'Epididyme.

Le déférent est perceptible.

Intervention chirurgicale, 11 août 1932 (D^r RICHARD).

Compte rendu opératoire.

Incision inguinale.

Luxation du testicule hors des bourses en attirant l'adhérence de la fistule scrotale.

On sépare au thermocautère l'Epididyme du scrotum, puis on sculpte l'Epididyme, dans le bord postérieur, au thermocautère.

Deux petits abcès pénétrant dans le corps d'Highmore sont excisés au thermocautère.

Cordon et vaisseaux pénétrant dans le testicule sont intacts.

Suture par-dessus la zone scarifiée de la vaginale qui recouvre toute la plaie.

Agrafes à la peau.

Suites opératoires.

Examen de décembre 1932 :

Résultat excellent de l'intervention sur le testicule.

La fistule ne s'est pas reproduite après intervention.

Testicule absolument normal de volume et de consistance.

En janvier 1933 cependant, à droite, une apparition de lésions épididymo-testiculaires se manifeste sur un testicule en inversion.

On attendra la fin de la poussée évolutive des lésions pour intervenir.

OBSERVATION XI

Jean C... Est admis à l'Hôpital maritime de Berck, le 13 mai 1925, à l'âge de 12 ans, pour un mal de Pott dorso-lombaire.

En décembre 1930 : Il présente une Epididymite tuberculeuse gauche. Testicule indemne.

Aucune lésion génitale droite.

En janvier 1931 : Intervention sur l'Epididyme malade.

Bon résultat de l'intervention, sauf à noter l'existence d'une petite fistule scrotale dont l'activité durera six mois.

En novembre 1931 : Apparition d'un abcès épididymaire droit.

La ponction permet de recueillir 2 centimètres cubes environ d'un pus dont l'examen permet de constater la nature tuberculeuse.

Une ponction est pratiquée à nouveau quelques jours plus tard.

Néanmoins, le 15 novembre 1931 il s'établit une fistule à la partie inférieure de la bourse, de l'abcès épididymaire.

Examen de juin 1932 : A gauche, résultat parfait de l'Epididymectomie pratiquée en janvier 1931.

A droite : 90 centimètres cubes de liquide d'hydrocèle sont retirés par ponction.

Testicule sain.

On décide d'intervenir sur l'Epididyme fistulisé, dans la séance opératoire même où sera pratiquée la greffe d'Albee.

Intervention chirurgicale, janvier 1933 (D^r RICHARD).

Incision inguinale droite.

Luxation du testicule.

Epididymectomie à la pointe fine du thermocautère de la tête à la queue de l'Epididyme. Surjet sur la surface dénudée. Retournement de la vaginale qui contient un peu de liquide d'hydrocèle. Remise en place du testicule. Suture des plans superficiels au catgut. Agrafes sur la peau.

Suites opératoires.

Examen du 4 avril 1933 :

A gauche : Testicule normal, souple, mobile. Cicatrice inguinale normale.

A droite : Testicule en excellent état.

On perçoit le gros bourrelet de la vaginale retournée, avec 2 renforcements considérables aux extrémités, mais absolument indolores.

La prostate est normale.

La vésicule séminale petite et dure, absolument indolore, semble avoir subi l'évolution fibreuse et guéri par sclérose.

OBSERVATION XII

Roger D..., 19 ans. Admis à l'Hôpital maritime de Berck, le 11 mai 1932, pour un mal de Pott lombaire inférieur.

Il a subi une castration pour Orchi-Epididymite gauche (Necker, 1930).

En juillet 1932, se manifeste une Epididymite à droite, avec abcès qui, ponctionné, permet de recueillir quelques centimètres cubes d'un pus dont l'examen pratiqué au laboratoire permet d'établir la nature tuberculeuse.

En novembre 1932 : Epididyme droit fistulisé de la tête à la queue.

L'on décide d'intervenir sur l'Epididyme le jour même où sera pratiquée la pose d'une greffe d'Albee.

Intervention chirurgicale, janvier 1933 (D^r RICHARD).

Compte rendu opératoire.

Incision inguinale droite.

Enucléation du testicule par l'incision inguinale.

On dissèque systématiquement l'Epididyme de la tête à la queue, au thermocautère, en respectant scrupuleusement tout le paquet vasculo-nerveux qui aborde le testicule au niveau de sa partie supérieure.

Hémostase au thermocautère.

Remise en place du testicule.

Fermeture de la paroi inguinale au catgut.

Agrafes sur la peau.

On excise l'orifice fistuleux du scrotum et l'on ferme par trois agrafes.

Suites opératoires.

Examen du 4 avril 1933 :

Il persiste une petite fistule à la partie inférieure de la cicatrice de castration gauche.

A droite, testicule parfaitement sain.

La petite fistule pré-opératoire et qui persiste, est strictement scrotale; elle n'a aucun rapport avec le testicule dont on la sépare aisément et qui est augmenté de volume, souple et parfaitement indolore.

La cure héliothérapique est mise en œuvre.

OBSERVATION XIII

Marcel C..., 25 ans, admis à l'Hôpital maritime de Berck en août 1932, pour Epididymite tuberculeuse droite dont le début remonte à 3 mois environ.

Examen du 22 août 1932 :

Enorme Epididyme.

Testicule paraissant de consistance normale.

Déférent augmenté de volume.

Examen du 2 novembre 1932 :

Volumineux Epididyme, plus gros qu'un médus.

Inversion testiculaire.

Zone d'induration très nette en avant et sur l'Epididyme. Il existe une petite lame de liquide infiltrant la vaginale.

Le *Toucher rectal* permet de constater l'intégrité des vésicules séminales et de la prostate.

Examen du 11 décembre 1932, permet de constater l'existence d'un gros noyau à la tête et la queue de l'Epididyme.

Le testicule étant encore induré, on décide d'attendre le mois de février pour intervenir chirurgicalement.

Intervention chirurgicale, début de février 1933 (D^r RICHARD).

Compte-rendu :

Incision inguinale. Luxation du testicule.

Dissection de l'Epididyme au thermocautère.

Le déférent est sectionné très près du testicule.

Ablation d'un abcès isolé, adhérent à l'ancienne fistule, sous la queue de l'Epididyme et contenant une certaine quantité d'un pus tuberculeux typique.

Suture des plans profonds.

Agrafes à la peau.

Suites post-opératoires.

Examen d'avril 1933 :

Testicule de consistance, volume et sensibilité normaux.

OBSERVATION XIV

Alfred B..., 24 ans. Admis à l'Hôpital Maritime en novembre 1932, porteur d'un mal de Pott lombo sacré,

et présentant, en outre, une lésion génitale gauche limitée à l'Epididyme. Fistule scrotale tarie, d'ailleurs. Testicule indemne.

Intervention chirurgicale, 9 mars 1933 (D^r RICHARD).

(Grefte d'Albee et Epididymectomie)

Epididymectomie.

Incision inguinale gauche. On attire le cordon et le testicule hors des bourses, invaginant l'adhérence scrotale.

L'Epididyme est pris dans son ensemble, mais surtout à la partie inférieure.

On l'attaque à la face externe et on le sépare du testicule en respectant les vaisseaux.

On recouvre la surface scarifiée au thermocautère, par la vaginale fixée par quelques points de catgut.

Réintégration du testicule. Réfection du plan aponévrotique.

Agrafes à la peau.

Suites opératoires.

Examen du 3 avril 1933 :

Résultat parfait. Fistule fermée. Testicule normal, non douloureux. Il n'y a pas de zone indurée à la place de l'ancien Epididyme.

Canal inguinal normal. Aucune douleur spontanée.

OBSERVATION XV

Georges Fr..., âgé de 27 ans, entre à l'Hôpital Maritime de Berck, le 12 mars 1934, pour mal de Pott dorso-lombaire et épididymite tuberculeuse gauche fistulisée.

Intervention chirurgicale le 4 avril 1934 (D^r RICHARD).

Incision inguinale très basse.

On extrait le testicule et l'Epididyme hors des bourses, puis, au galvanocautère, on excise la totalité de l'Epididyme, et en plus, à la partie moyenne, un petit abcès en voie d'évolution fibreuse, dans l'épaisseur du corps de Highmore.

On respecte toute la partie du déférent qui va au testicule. Les vaisseaux sont hémostasés au thermo porté au rouge. On recouvre

tout le lit de l'Epididyme avec la vaginale suturée aux enveloppes du cordon.

Excision de la fistule scrotale au galvanocautère.

Catgut sur le plan sous-cutané inguinal.

Crins à la peau.

Suites opératoires immédiates :

Apparition d'un hématome ayant infiltré la région pubienne ; hématome qu'une incision minime suffit à drainer. Mêchage. Dans les jours suivants, apparition d'une petite fistule rapidement tarie.

Examen du 13 mai 1934 :

Excellent état de la cicatrice.

Testicule gros, indolore, n'ayant pas encore recouvré la souplesse normale.

Une des fistules scrotales originelles est tarie. L'autre en voie de régression.

IX

RESULTATS

La constance et la simplicité des résultats obtenus par la technique que nous venons d'exposer, contrastant avec la fréquence des atrophies testiculaires découvertes chez certains malades opérés ailleurs et venus en convalescence à l'Hôpital Maritime de Berck, nous ont incité à exposer les résultats obtenus par le Docteur André RICHARD.

Une seule fois (Obs. XV), à la suite des interventions ainsi pratiquées, nous avons vu survenir un hématome post-opératoire, qui fut du reste éphémère, mais ce que nous tenons avant tout à signaler, c'est la régularité absolue avec laquelle, non seulement le testicule n'a jamais présente d'atrophie par la suite, mais encore, par son volume augmenté et la souplesse de sa consistance, il indiquait et attestait sa valeur de glande à sécrétion interne.

Ce dernier point nous a paru mériter un intérêt spécial chez certains malades qui avaient subi avant une castration du côté opposé (Obs. IV, VII et XII) ; chez d'autres qui, ayant subi une épидidymectomie du côté opposé suivie d'atrophie, avaient une nouvelle localisation épидidymaire (Obs. II) ; chez d'autres, enfin, qui, ayant des lésions bilatérales ont pu, opérés en 2 temps, constater après le premier temps, l'excellence du résul-

tat obtenu et être, autant que le chirurgien, rassurés sur le sort de la deuxième intervention (Obs. X).

Signalons, pour terminer, la bénignité du pronostic, au point de vue général, de la technique que nous rapportons.

Un seul de nos malades est décédé dans les mois ayant suivi l'intervention (Obs. IV). Cet accident ne peut être, à notre avis, imputé au schock opératoire, mais bien à la gravité des lésions rénales dont le sujet était porteur.

Elle constitue donc une méthode éminemment avantageuse à un double point de vue :

Conservant la fonction de sécrétion interne du testicule, elle évite au sujet tous les troubles inhérents à la disparition de cette fonction.

Elle contribue, de plus, par le fait, à l'amélioration du moral du sujet, intérêt dont l'importance n'est pas à démontrer.

X

CONCLUSIONS

1° Dans la cure des Epididymites tuberculeuses, l'épididymectomie s'impose comme procédé de choix d'une façon incontestable.

2° Par ailleurs, toutes les interventions pratiquées sur le scrotum et par voie scrotale exposent aux hématomes qui sont particulièrement à éviter dans le cas des épididymites tuberculeuses, à cause de l'infection à peu près certaine de l'hématome, chez des sujets qui, outre leurs fistules tuberculeuses, sont à peu près toujours atteints d'infection secondaire, et cela en raison même de leur fistule : l'hématome est fréquent après l'intervention par la voie scrotale.

3° L'épididymectomie par voie inguinale avec luxation du testicule, telle que nous avons eu l'occasion de la voir pratiquer par le Docteur RICHARD, s'inspirant des données du Professeur LECÈNE, ne se complique presque jamais d'hématome post-opératoire.

4° Cette voie permet, en outre, de poursuivre très haut les lésions déférentielles.

5° Par ce procédé, on a sous les yeux tout le cordon et l'épanouissement des vaisseaux au niveau de leur distribution épididymo-testiculaire.

Ceci facilite considérablement la dissection et le respect des vaisseaux nourriciers du testicule, ce qui a permis chez des sujets opérés suivant cette technique d'observer la conservation de la vitalité et du volume du testicule, alors que la plupart des auteurs s'accordent pour mentionner avec grande fréquence l'atrophie secondaire de l'organe.

Vu :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu :

Le Président de thèse,

Ch. LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI. — L'Épididectomie. Traitement de la tuberculose génitale. (*Thèse Paris*, 1924.)
- BASTOS. — Traitement de la tuberculose génitale masculine par l'épididymectomie. (*Bruxelles médical*, 1927.)
- BARBILIAN. — Résultats éloignés de l'Épididymectomie dans la tuberculose génitale. (*Journal de Chirurgie*, 1926.)
- CATHELIN. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale.
- CHALIER. — Choix d'un traitement dans l'épididymite tuberculeuse.
- Etat actuel de la question. (*Thèse Bordeaux*, 1926.)
- CHEVASSU. — Traité de Pratique médico-chirurgicale.
- DELBET. — Epididymite tuberculeuse. (*Progrès médical*, Paris, 1923.)
- Tuberculose de l'épididyme. (*Rev. générale Clin. et Thérap.*, nov. 1931.)
- Cas d'Epididymite bacillaire. (*Rev. gén. Clin. et Thérap.*, 1921.)
- DELOU et CHALIER. — Epididymectomie dans la tuberculose génitale. (*Lyon médical*, 1921.)
- ECKELS. — Epididymectomie comme traitement opératoire radical de l'Epididyme. (*Journal de Chirurgie*, 1913.)
- GAMBERINI. — Congrès d'U., 1927.
- JANDEL. — Quelques cas de tuberculose épididyme testiculaire traités par les rayons X. (*Rev. d'Actinol.*, déc. 1931.)

LECÈNE et LERICHE. — Orchi-épididymite tuberculeuse. (*Thérapeutique chirurgicale.*)

LENORMANT. — Epididymectomie. (*Pratique médico-chirurgicale.*)

LEGUEU. — Chirurgie conservatrice au cours des tuberculoses génitales de l'homme.

MARION. — Technique chirurgicale.

— Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. (*Journal Chirurgie*, 1926.)

— Epididymectomie dans la tuberculose génitale. (*Presse médicale*, 1923.)

NAGY. — Surgical treatment in tuberculosis of epididymis. (*Gyog.*, avril 29.)

NOMBAERTS et LAROCHE. — De la fréquente association de la tuberculose épидидymaire et de la tuberculose rénale. (*Journal d'urologie*, mai 1930.)

QUÈME E. — Traitement opératoire de la tuberculose épидидymaire. (*Bull. et mém. de Société de chirurgie*, Paris, 1896.)

RICHARD A. et PERSONNAZ. — Le traitement des épидидymites tuberculeuses. (*Presse médicale*, juin 1933.)

REDON H. — Thèse Paris, 1929.

SCHWARTZ A. — Considérations sur le traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. (*Journal de Chirurgie*, 1924.)

SUSSIG. — Pathogénie et traitement de la tuberculose génitale de l'homme. (*Journal de Chirurgie*, 1924.)

TAMBAREAU M. — Thèse Paris, 1929.

Table des Matières

I. — Introduction.	13
II. — Généralités.	15
III. — Les Epididymites tuberculeuses du point de vue anatomo-pathologique.	19
IV. — Les Epididymites tuberculeuses du point de vue clinique.	21
V. — Les diverses méthodes envisagées dans le traite- ment des Epididymites tuberculeuses, hormis l'Epididymectomie	25
VI. — L'Epididymectomie telle qu'elle est pratiquée de façon usuelle	29
VII. — L'Epididymectomie selon les règles qu'avait don- nées le Professeur Lecène	35
VIII. — Observations.	39
IX. — Résultats.	55
X. — Conclusions.	57
XI. — Bibliographie.	59

Imprimerie LABOR
8, Bd de Vaugirard
= PARIS XV* =



